

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日				
氏名			T S H R	年	月	日	

## ※住所、連絡先に変更がある場合はご記入ください

住所	〒	—		
電話番号	☎自宅	( )	☎携帯	( )

・【仕事内容】 立ち仕事 事務 力仕事 運転手 主婦 無職 その他 ( )

・【検診について】 この1年間で 特定検診または高齢者健診を… 受診していない ・ 受診した

★ 女性の方へ 妊娠をしていない ・ わからない ・ している ( 妊娠 週目 )

今日診察を希望される場所 ・ 症状を簡単にお書きください (例)左手首が痛い

その症状はいつ頃からですか？

【 月 日から】 今日 ( )日前 ( )週間前 ( )ヶ月前 ( )年前

原因がありましたら○をつけてください

ころんだ ぶつけた 落ちた ひねった 切った 不明 その他 ( )

交通事故ですか？ いいえ ・ はい ( 加害者 ・ 被害者 ・ 単独事故 )

※はいと答えた方 あなたは ( 車 バイク 自転車 歩行者 ) 相手は ( 車 バイク 自転車 歩行者 )

仕事もしくは通勤途中のケガですか？ いいえ ・ はい

今までに同じ症状で治療を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい

※はいと答えた方 (いつ頃 ) に (どちらの病院で )

そのほか今まで掛かった病気、あるいは現在治療中の病気はありますか？ ない ・ ある

【病名】 高血圧症 高脂血症 糖尿病 気管支喘息 透析 その他 ( )

【病院名】 ( ) 病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 医療センター

手術歴はありますか？ いいえ ・ はい

【手術名の内容】 ( )

【病院名】 ( ) 病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 医療センター

お薬手帳はお持ちですか？ 持参している ・ 家にある ・ お薬手帳アプリ ・ 持っていない

本日、他院からの紹介状はお持ちですか？ いいえ ・ はい

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ しない ・ する ・ 健康保険を使用

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算…1点